

## EVALUACION DE LA FAMILIA - CUESTIONARIO II

NOMBRE: (USE LETRA DE MOLDE)

FECHA:

**1. En los últimos dos años, ¿ha estado en alguna de las siguientes situaciones? (Marque todas las que sean pertinentes.)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reconciliación marital                         | <input type="checkbox"/> Divorcio  |
| <input type="checkbox"/> Separación de su cónyuge o pareja              | <input type="checkbox"/> Lo despidieron del trabajo                              |
| <input type="checkbox"/> Cambio en la salud de un miembro de la familia | <input type="checkbox"/> Muerte de un niño, miembro de la familia o amigo íntimo |
| <input type="checkbox"/> Embarazo                                       | <input type="checkbox"/> Problemas económicos                                    |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para infertilidad                  | <input type="checkbox"/> Trauma, lesión o enfermedad personal                    |
| <input type="checkbox"/> Cambio a otro tipo de trabajo                  | <input type="checkbox"/> Ninguna de las mencionadas anteriormente                |

**2. ¿Ha tenido usted o su cónyuge o pareja preocupaciones sobre los siguientes comportamientos o substancias? (Marque todos los que sean pertinentes)**

	<u>YO</u>	<u>CONYUGE O PAREJA</u>
No es pertinente (No esposo[a] ni pareja) .....		<input type="checkbox"/>
Jugar por dinero, apostar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastar dinero .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controlar su cólera .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguno de los anteriores .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Cuando era niño, ¿abusaban sus padres del alcohol u otras substancias? (Marque todos los que sean pertinentes.)**

- No       Madre       Padre       Madrastra/Padrastro       La persona (o personas) que me crió

**4. En su familia, ¿quién abusa del alcohol u otras substancias? (Marque todos los que sean pertinentes.)**

- |   |                                    |                                     |                                     |  |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Yo               | <input type="checkbox"/> Madre     | <input type="checkbox"/> Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Tía(s)     | <input type="checkbox"/> Primos/Primas       |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> Padre     | <input type="checkbox"/> Hermana(s) | <input type="checkbox"/> Tío(s)     | <input type="checkbox"/> Parientes políticos |
| <input type="checkbox"/> Hijo(s)          | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Abuela     | <input type="checkbox"/> Sobrina(s) | <input type="checkbox"/> No estoy seguro     |
| <input type="checkbox"/> Hija(s)          | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Abuelo     | <input type="checkbox"/> Sobrino(s) | <input type="checkbox"/> Otro(s): _____      |

**5. Si el abuso del alcohol u otra substancia ha sido un problema en su familia, ¿cómo se ha enfrentado a esta situación? (Marque todos los que sean pertinentes.)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No ha sido un problema en mi familia                  | <input type="checkbox"/> No me ha molestado                                   |
| <input type="checkbox"/> Confronté a la persona que cometió el abuso           | <input type="checkbox"/> Se lo he dicho a amigos de confianza o a mi cónyuge  |
| <input type="checkbox"/> Me he educado sobre el asunto                         | <input type="checkbox"/> He buscado asesoramiento                             |
| <input type="checkbox"/> El miembro de la familia se encuentra en recuperación | <input type="checkbox"/> Todavía es difícil para mí                           |
| <input type="checkbox"/> Voy a un programa de 12 pasos (12-step program)       | <input type="checkbox"/> Nunca le he dicho nada a nadie sobre el incidente(s) |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____   |   |

**6. En términos medios, ¿con qué frecuencia y en qué cantidad usted y su cónyuge o pareja consumen alcohol?**

**YO      CONYUGE O PAREJA**

No es pertinente (No esposo[a] ni pareja) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente, una a tres bebidas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente, cuatro bebidas o más .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varias veces a la semana, una a tres bebidas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varias veces a la semana, cuatro bebidas o más .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varias veces al mes, una a tres bebidas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varias veces al mes, cuatro bebidas o más .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varias veces al año, una a tres bebidas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varias veces al año, cuatro bebidas o más .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca bebe alcohol .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. ¿Algunas veces, lo primero que usted y/o su cónyuge o pareja hacen en la mañana es tomar una bebida con alcohol?**

Sí, yo mismo       Sí, mi cónyuge o pareja       No

**8. ¿Ha habido un período de tiempo en el que usted y/o su cónyuge o pareja han tomado demasiado alcohol?**

Sí, yo mismo       Sí, mi cónyuge o pareja       No

**9. Como resultado directo o indirecto del uso del alcohol, ¿alguna vez usted o su cónyuge o pareja ha tenido alguno de los siguientes? (Marque todos los que sean pertinentes.)**

**YO      CONYUGE O PAREJA**

No es pertinente (No esposo[a] ni pareja) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas legales .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausencias en el trabajo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidentes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de un empleo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de salud .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamiento violento .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disputas con la familia o amigos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa para el tratamiento del alcoholismo para pacientes internados .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa para el tratamiento del alcoholismo, consultas externas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguno de los mencionados anteriormente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. ¿Ha usado usted o su cónyuge o pareja alguno de los siguientes? (Marque todos los que sean pertinentes)**

**YO      CONYUGE O PAREJA**

No es pertinente (No esposo[a] ni pareja) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbitúricos/Pastillas para dormir .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metanfetaminas/Anfetaminas/"Speed".....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pastillas para perder peso que se pueden obtener sin receta/otros estimulantes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alucinógenos/LSD/Psilocybe/Mescalina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalantes/Pegamentos/Solventes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quaaludes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metadona.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína/Morfina/Opio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína/Cocaína fumada ( <i>crack</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marijuana/Hachís .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pastillas para quitar el dolor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCP.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas que se usan en los clubs/Extasis/GHB/Rohypnol ( <i>Roofies</i> )/Ketamine ( <i>Special K</i> ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguno de los mencionados anteriormente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Como resultado directo o indirecto del uso de medicinas recetadas o drogas ilegales, ¿alguna vez usted o su cónyuge o pareja ha tenido alguno de los siguientes? (*Marque todos los que sean pertinentes.*)

**YO CONYUGE O PAREJA**

No es pertinente (No esposo[a] ni pareja) .....

Problemas legales .....

Ausencias en el trabajo.....

Accidentes .....

Pérdida de un empleo.....

Problemas de salud .....

Comportamiento violento .....

Disputas con la familia o amigos .....

Programa para el tratamiento del abuso de drogas para pacientes internados .....

Programa para el tratamiento del abuso de drogas, consultas externas.....

Ninguno de los mencionados anteriormente .....

12. Cuando usted era un niño, ¿alguna persona, (adulta o menor de edad) lo forzó, lo engaño, u lo obligó a tener algún tipo de contacto sexual con él o ella?

Sí       No       No sé si esto me sucedió alguna vez

13. Cuando usted era un niño, ¿alguna vez le pegaron, empujaron, azotaron, mordieron, le dieron puñetazos o bofetadas, o lo quemaron de tal manera que le dejaron lesiones en su cuerpo?

Sí       No       No sé si esto me sucedió alguna vez

**14. Como persona adulta, ¿alguna vez ha sufrido abuso sexual, asalto o abuso deshonesto?**

Sí       No

**15. Como persona adulta, ¿alguna vez ha sufrido abuso físico, asalto o agresión?**

**16. ¿Quién en su familia, como adulto o como niño, ha sufrido abuso sexual, asalto o abuso deshonesto? (Marque todos los que sean pertinentes.)**

No estoy seguro     Madre     Hermano(s)     Tía(s)     Primos/Primas  
 Cónyuge o pareja     Padre     Hermana(s)     Tío(s)     Parientes políticos  
 Hijo(s)     Madrastra     Abuela     Sobrina(s)     No miembro de la familia  
 Hija(s)     Padrastro     Abuelo     Sobrino(s)     Otro(s): \_\_\_\_\_

**17. ¿Quién en su familia, como adulto o como niño, ha sufrido abuso físico, asalto o agresión?**

***(Marque todos los que sean pertinentes.)***

No estoy seguro     Madre     Hermano(s)     Tía(s)     Primos/Primas  
 Cónyuge o pareja     Padre     Hermana(s)     Tío(s)     Parientes políticos  
 Hijo(s)     Madrastra     Abuela     Sobrina(s)     Ningún miembro de la familia  
 Hija(s)     Padrastro     Abuelo     Sobrino(s)     Otro(s):

**18. Si usted o alguien en su familia ha sufrido abuso físico o sexual, ¿cómo se ha enfrentado a esta situación? (Marque todos los que sean pertinentes.)**

- No es pertinente
- Confronté a la persona que cometió el abuso
- Me he educado sobre el asunto
- Reporté el incidente a una oficina de Servicios para la Protección de Niños
- Reporté el incidente a una oficina encargada del orden público
- Otro:
- No me ha molestado
- Se lo he dicho a amigos de confianza o a mi cónyuge o pareja
- He buscado ayuda profesional
- Todavía es difícil para mí
- Nunca se ha hablado acerca del abuso

**19. ¿Alguna vez a usted, o a alguien de su familia, se le ha considerado como sospechoso, ha sido investigado, se le ha acusado o encontrado culpable del abuso físico o sexual de un niño? (Marque todos los que sean pertinentes.)**

- |   |                                    |                                     |                                     |  |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Yo               | <input type="checkbox"/> Madre     | <input type="checkbox"/> Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Tía(s)     | <input type="checkbox"/> Primos/Primas       |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> Padre     | <input type="checkbox"/> Hermana(s) | <input type="checkbox"/> Tío(s)     | <input type="checkbox"/> Parientes políticos |
| <input type="checkbox"/> Hijo(s)          | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Abuela     | <input type="checkbox"/> Sobrina(s) | <input type="checkbox"/> No estoy seguro     |
| <input type="checkbox"/> Hija(s)          | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Abuelo     | <input type="checkbox"/> Sobrino(s) | <input type="checkbox"/> Otro(s): _____      |

**20. ¿Alguna vez a usted, o a alguien de su familia, se le ha considerado como sospechoso, ha sido investigado, se le ha acusado o encontrado culpable de asalto físico o sexual en contra de otro adulto? (Marque todos los que sean pertinentes.)**

- |   |                                    |                                     |                                     |  |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Yo               | <input type="checkbox"/> Madre     | <input type="checkbox"/> Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Tía(s)     | <input type="checkbox"/> Primos/Primas       |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> Padre     | <input type="checkbox"/> Hermana(s) | <input type="checkbox"/> Tío(s)     | <input type="checkbox"/> Parientes políticos |
| <input type="checkbox"/> Hijo(s)          | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Abuela     | <input type="checkbox"/> Sobrina(s) | <input type="checkbox"/> No estoy seguro     |
| <input type="checkbox"/> Hija(s)          | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Abuelo     | <input type="checkbox"/> Sobrino(s) | <input type="checkbox"/> Otro(s): _____      |

**21. ¿Alguna vez usted o una persona en su hogar ha sido agredido físicamente por alguien que vivía en el hogar?**

- Sí       No

**22. ¿Alguna vez le ha lastimado físicamente su cónyuge o pareja con acciones tales como empujarlo, darle bofetadas, darle puntapiés, darle puñetazos, morderlo, ahorcarlo, lanzándole objetos, cortándolo o forzándolo a tener contacto sexual en contra de su voluntad?**

- No es pertinente     Nunca     Una vez     Dos veces     Varias veces     Frecuentemente

**23. Si usted buscó la ayuda de un consejero o terapeuta, ¿cuáles fueron las razones? (Marque todos los que sean pertinentes.)**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ningún asesoramiento/terapia | <input type="checkbox"/> Problemas con drogas/alcohol          | <input type="checkbox"/> Estrés               | <input type="checkbox"/> Depresión         |
| <input type="checkbox"/> Problemas en la relación     | <input type="checkbox"/> Problemas relacionados al trabajo     | <input type="checkbox"/> Problemas de familia | <input type="checkbox"/> Evento traumático |
| <input type="checkbox"/> Problemas en la escuela      | <input type="checkbox"/> Trastornos de la conducta alimentaria | <input type="checkbox"/> Problemas de padres  | <input type="checkbox"/> Otro: _____       |

**24. ¿Alguna vez usted y/o su cónyuge o pareja estuvieron internados en un establecimiento psiquiátrico?**

- Sí, yo mismo     Sí, mi cónyuge o pareja     No

**25. ¿Alguien en su familia tiene un historial de enfermedad mental? (Marque todos los que sean pertinentes.)**

- |   |                                    |                                     |                                     |  |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Yo               | <input type="checkbox"/> Madre     | <input type="checkbox"/> Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Tía(s)     | <input type="checkbox"/> Primos/Primas       |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> Padre     | <input type="checkbox"/> Hermana(s) | <input type="checkbox"/> Tío(s)     | <input type="checkbox"/> Parientes políticos |
| <input type="checkbox"/> Hijo(s)          | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Abuela     | <input type="checkbox"/> Sobrina(s) | <input type="checkbox"/> No estoy seguro     |
| <input type="checkbox"/> Hija(s)          | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Abuelo     | <input type="checkbox"/> Sobrino(s) | <input type="checkbox"/> Otro(s): _____      |

Confirmo que la información proporcionada en este cuestionario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

FIRMA

FECHA